

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «**Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**» Министерства  
**здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

зав. кафедрой – д.м.н., доцент Березовская М.А.

РЕФЕРАТ

на тему: Клинические варианты галлюцинозов

Выполнил: ординатор 1 года обучения

специальности Психиатрия

Карпов Виктор Борисович

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск 2020

## **СОДЕРЖАНИЕ:**

<b>1. Актуальность</b>	<b>3</b>
<b>2. Введение</b>	<b>3</b>
<b>3. Алкогольные галлюцинозы</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Острая форма</b>	<b>4</b>
<b>2.2. Протрагированная форма</b>	<b>8</b>
<b>2.3. Хроническая форма</b>	<b>8</b>
<b>4. Галлюцинозы позднего возраста</b>	<b>12</b>
<b>3.1. Вербальные галлюцинозы</b>	<b>13</b>
<b>3.2. Зрительные галлюцинозы</b>	<b>14</b>
<b>3.3. Обонятельные галлюцинозы</b>	<b>16</b>
<b>3.4. Тактильные галлюцинозы</b>	<b>16</b>
<b>5. Заключение</b>	<b>19</b>
<b>6. Список литературы</b>	<b>20</b>

## **Актуальность**

Актуальность темы моего реферата обусловлена широкой распространенностью алкоголизма, который, по данным ВОЗ, составляет 1,7% среди населения. Одним из наиболее неблагоприятных проявлений хронического алкоголизма является острый алкогольный психоз - психотическое состояние, требующее экстренной госпитализации и интенсивной терапии. Среди алкогольных психозов наиболее часто встречается алкогольный делирий и острый алкогольный галлюциноз.

Также перспективное изучение клиники и течения галлюцинаторных психозов, возникающих в пожилом и старческом возрасте, их психопатологической структуры, причин возникновения и исходов, а также изучение возможностей терапевтического воздействия на эти психозы, в том числе отдаленного, всегда востребованы открывают новые возможности в совершенствовании диагностики, терапии и прогноза этой группы психозов.

## **Введение**

Галлюциноз - это относительно редкий синдром, который выражается в том, что многочисленные галлюцинации (обычно простые, то есть в пределах одного анализатора) составляют основное и почти единственное проявление психоза. В то же время нет других часто встречающихся психотических явлений, бреда и расстройств сознания.

Поскольку при галлюцинозе обманы восприятия воздействуют только на один из анализаторов, существуют такие его виды, как зрительный, слуховой (вербальный), тактильный и обонятельный. Кроме того, в зависимости от течения галлюциноз можно считать острым (длящимся несколько недель) или хроническим (длящимся годами, иногда на всю жизнь).

Наиболее типичными причинами галлюциноза являются экзогенные вредности (интоксикация, инфекция, травма) или соматические заболевания

(атеросклероз сосудов головного мозга). В большинстве случаев эти состояния сопровождаются истинными галлюцинациями. Некоторые интоксикации характеризуются особыми вариантами галлюциноза.

### **Алкогольные галлюцинозы**

Галлюциноз, по мнению различных авторов, является второй по распространенности группой метаалкогольных психозов после делирия. Галлюциноз встречается в 5,6-28,8 % всех случаев психических заболеваний, связанных с хроническим алкоголизмом. Средний возраст пациентов составляет 40-43 года. Чаще всего галлюциноз возникает в 10-11 лет (но не ранее 7-8 лет) после формирования алкоголизма и больше поражает женщин. Существует 3 основные формы галлюциноза - острая, прогрессирующая и хроническая.

### **Острая форма**

Острый галлюциноз, в большинстве случаев, развивается на фоне похмельных расстройств, сопровождающихся тревогой, параноидным настроением и вегетативно-соматическими симптомами, а у женщин также на фоне депрессии. Иногда галлюциноз возникает в последние дни запоя. Отличительной особенностью галлюциноза является сохранение как аутопсихической, так и аллопсихической ориентации. Галлюцинации обычно появляются вечером или ночью, в том числе и при засыпании. Сначала были случайные акустические и фонемы, а затем вербальные галлюцинации. Они изначально нейтральны для содержания пациента. Нет никакого критического отношения к галлюцинациям. Часто больные пытаются найти место, где слышны звуки. В некоторых случаях слуховые галлюцинации проявляются в виде нескольких коротких приступов, разделенных световыми промежутками. В дебюте галлюциноза возможны фрагменты бредовых

расстройств. В дальнейшем на фоне тревоги, страха, растерянности появляются множественные вербальные галлюцинации, исходящие от одного, двух или многих людей — "голоса", "хор голосов" они ругают, оскорбляют, угрожают насилием, обвиняют, насмешливо обсуждают настоящие и прошлые действия больного. К ним могут присоединяться защищающие голоса, и между "говорящими" возникают споры, касающиеся пациента. Содержание вербальных галлюцинаций изменчиво, но оно всегда связано с реальными обстоятельствами прошлой жизни и настоящего времени. Обсуждение пьянства и его последствий - одна из самых постоянных тем. Голоса иногда говорят о пациенте между собой, а затем непосредственно обращаются к ним, делая их соучастниками в разворачивающихся ситуациях. Интенсивность вербальных галлюцинаций может меняться — увеличиваться до крика, ослабевать до шепота. Когда галлюциноз усиливается, возникают непрерывные, множественные, вербальные галлюцинации, исходящие от разных лиц - поливокальные галлюцинации в виде последовательных сцен, связанных единством темы. Например, пациент слышит судебный процесс, проходящий над ним с участием прокурора, свидетелей, адвоката, потерпевших, споры между сторонами и вынесенный ему приговор. Чувственность и ясность словесных галлюцинаций, а также их пересказ больными создают впечатление, что больные все это видят, а не слышат. По этой причине такие состояния часто считаются бредовыми.

Уже в начальный период психоза возникают бредовые идеи (мания преследования, физического уничтожения, обвинения и т. д.), содержание которых тесно связано с содержанием вербальных галлюцинаций — так называемого галлюцинаторного бреда. Обычно пациенты говорят о том, что их преследует "банда", возглавляемая конкретными людьми — соседями, коллегами, родственниками, женой, знакомыми. Множество конкретных деталей, четкое указание на преследование, знание конкретных мотивов и целей преследования, большое количество точных фактов создают

впечатление систематического бреда. Однако бредовых свидетельств почти нет, чего не бывает в тех случаях, когда бред действительно систематизирован. Обилие конкретных деталей лишь отражает содержание галлюцинации. Против систематизации бреда говорит и "диффузная" параноидная установка: больной видит "опасность во всем". Аффект на высоте галлюцинации определяется тревогой, отчаянием и ярко выраженным страхом. Сначала преобладает моторное возбуждение. Это часто сопровождается отчаянной самообороной, обращением в полицию или прокуратуру; в некоторых случаях совершаются общественно опасные действия и суицидальные попытки. Однако вскоре поведение становится до известной степени упорядоченным, что маскирует психоз, создает ложную и опасную идею улучшения. Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Уменьшение психических расстройств происходит критически, после глубокого сна или постепенно. Когда вы постепенно выходите из психоза, сначала звук словесных галлюцинаций уменьшается, а в течение дня они полностью исчезают. Одновременно или несколько позже интенсивность аффективных расстройств снижается, бредовые высказывания исчезают. К тому времени, когда вербальные галлюцинации полностью исчезают, возникает критическое отношение к психозу. Длительность острого галлюциноза колеблется от нескольких дней до 1 месяца. Описанную картину часто называют типичной, или классической.

Некоторые варианты острого галлюциноза включают острый гипнагогический вербальный галлюциноз. При засыпании возникают акозмы или относительно простые по форме и нейтральные по содержанию вербальные галлюцинации - отдельные слова, отрывочные фразы, пение и т. д. После пробуждения галлюцинаторные расстройства исчезают. Преобладает низко-тревожное настроение. Продолжительность психоза не превышает нескольких дней. Психоз может быть заменен расширенными галлюцинаторными состояниями различных структур.

Атипичные галлюцинации определяются сочетанием препаратов с онейроидным помрачением сознания, депрессией, психическими автоматизмами, а также затяжным субстанциально-индуцированным галлюцинозом. Последние два варианта являются наиболее конструктивно завершенными.

При остром галлюцинозе с психическими автоматизмами чаще всего отмечаются идеаторные психические автоматизмы. Поначалу возникает ощущение открытости и так называемого предвосхищения мысли: больные говорят, что "голоса" распознают их мысли и могут сказать им то, что они сами только что собирались подумать; симптом "Эхо — мыслей" - повторение другими вслух того, что думают больные, обычно не возникает. Нарастание интенсивности психического автоматизма сопровождается появлением "ментальных голосов", реже "голосов", локализованных в различных частях тела, т. е. слуховые псевдогаллюцинации. В дальнейшем возможны насильственно возникающие мысли, в том числе в форме ментизма и реже в виде симптома "раскручивания воспоминаний", т. е. развивается феномен влияния. Одни пациенты лишь констатируют его появление, другие считают его результатом воздействия специальной аппаратуры, что позволяет говорить о появлении бреда воздействия. Сенсорный автоматизм встречается гораздо реже. Чаще всего больные говорят о неприятных ощущениях, вызванных, как и в случаях идейного автоматизма, "лучами и волнами". Возникновение психического автоматизма всегда тесно связано с динамикой синдрома вербального галлюциноза. Психический автоматизм появляется только тогда, когда истинный вербальный галлюциноз становится поливокальным, и в его содержании наряду с обвиняющими, угрожающими, насмешливо-дразнящими голосами возникают повелительные и комментирующие галлюцинации. Психический автоматизм всегда усиливается и усложняется одновременно с усилением вербальной галлюцинации, причем преимущественно в тишине или вечером и ночью. Ослабление симптомов галлюциноза сопровождается

исчезновением психического автоматизма. Развитие симптомов психического автоматизма в структуре галлюциноза всегда сочетается с расширением содержания бредовых высказываний и появлением тенденции к их систематизации. При обратном развитии психоза эти расстройства исчезают в первую очередь, а симптомы галлюциноза, являющиеся здесь "сквозным расстройством", — в последнюю очередь.

### **Протрагированная форма**

Протрагированный галлюциноз - это психоз, длящийся от 1 до 6 месяцев. Начало психоза во многом совпадает с картиной типичного острого алкогольного галлюциноза, позже к галлюцинозу присоединяются депрессивные расстройства. С этого времени преобладает депрессия, или тяжелая депрессия. Существуют отчетливые идеи самообвинения, которые постепенно начинают преобладать над остальными бредовыми утверждениями. Снижение психоза происходит постепенно, начиная с аффективных расстройств. Реже встречаются протравленные галлюцинозы с преобладанием бредовых идей преследования над галлюцинаторными расстройствами или случаи, когда относительно "чистый" вербальный галлюциноз остается на переднем плане, на протяжении всего заболевания.

### **Хроническая форма**

Хронический галлюциноз встречается редко — в 4,7-5,3 % всех случаев галлюциноза. Длительность психоза может быть разной. Описаны случаи, длившиеся до 30 лет. По мнению исследователей, если галлюциноз не исчезнет через 6 месяцев после начала психоза, то можно быть уверенным, что болезнь в будущем станет хронической. Иногда первый психоз принимает хроническое течение. Однако чаще всего в анамнезе больных удается выявить единичный, редко повторяющийся острый психоз, в первую

очередь галлюциноз и значительно реже - бред. Только в некоторых случаях хронический галлюциноз начинается с состояний, сходных с острым галлюцинозом. Гораздо чаще развиваются сложные состояния, при которых одновременно присутствуют симптомы делирия и галлюциноза, или галлюциноз сочетается с депрессивно-параноидными расстройствами. По особенностям клинической картины и закономерностям развития выделяют 3 варианта хронического галлюциноза.

Хронический вербальный галлюциноз без бреда является наиболее распространенной формой хронического вербального галлюциноза. Существуют многочисленные, часто почти непрерывные, истинные вербальные галлюцинации, которые исходят от нескольких индивидуумов. Есть слуховые галлюцинации в форме диалога. Обычно содержание услышанного - это обсуждение повседневных дел пациента, его слов, поступков, желаний, сделанных с насмешкой, угрозами, приказами, иногда как бы намеренно противоположными по смыслу, в ряде случаев с покровительственной благожелательностью. "Голоса" не могут оставить больного одного с утра до ночи, вмешиваясь буквально во все его действия. В первые месяцы и годы пациенты часто вступают в разговор с воображаемыми собеседниками. У них есть реакции протеста, возмущения, возмущения, проявляющиеся в спорах, ругани, обращениях к окружающим. В последующем проявления аффективного резонанса в определенной степени угасают, больные как бы привыкают, привыкают к тому, что они слышат. Внешне поведение таких пациентов не отличается никакими странностями. Сохраняется способность выполнять не только повседневные, но в некоторых случаях и профессиональные обязанности. Всегда есть сознание болезни. Обычно можно обнаружить достаточно критическое отношение к нарушениям. С возобновлением опьянения клиническая картина меняется: увеличивается количество голосов, возрастает их интенсивность, содержание галлюцинаций становится более разнообразным и неприятным. Есть беспокойство, страх, возможные симптомы галлюцинаторного бреда.

Поведение может существенно измениться. При полном воздержании от алкоголя со временем обычно происходит снижение психоза. Количество голосов уменьшается, они перестают слышаться непрерывно и в некоторых случаях появляются только при дополнительных внешних акустических раздражителях (рефлекторные галлюцинации). В других случаях голоса возникают, когда пациенты совершают ошибки. Содержание голосов становится более дружелюбным: они увещевают, успокаивают, дают разумные советы. Иногда раздаются голоса, сообщающие о различных событиях, которые не касаются пациента.

Хронический словесный галлюциноз с бредом в течение длительного периода болезни похож на чистый хронический галлюциноз. Однако пациенты убеждены, что с ними обращаются недоброжелательно или даже преследуют. Иногда это убеждение принимает форму внушений о коррупции, колдовстве или наказаниях за прошлые проступки, в основном связанные с пьянством; некоторые пациенты верят, что именно так осуществляется их лечение. Пациентов можно временно разубедить: они спонтанно начинают понимать болезненность подобных переживаний. Некоторые авторы предпочитают в таких случаях говорить о бредовых состояниях, причина которых отчасти связана с особенностями дебильности у преморбидных больных. Об этом свидетельствует тот факт, что бредовые высказывания чаще всего проявляются в форме так называемых архаических заблуждений, то есть заблуждений колдовства, коррупции и одержимости. У других пациентов наблюдается более или менее систематическая стойкая мания преследования. Однако содержание бреда всегда тесно связано с содержанием галлюциноза, и бред, таким образом, остается по механизму возникновения галлюцинаторным. Вне алкогольных эксцессов психоз имеет тенденцию к затвердеванию и медленному уменьшению положительных расстройств. Поведение в этих случаях не нарушается, социальная адаптация может сохраняться до некоторой степени. При продолжающихся алкогольных эксцессах возникают периодические обострения,

напоминающие картину острого галлюциноза. Однако у них менее выражен аффект страха и отсутствуют или незначительны поведенческие нарушения. После окончания обострений восстанавливается прежняя картина заболевания, не происходит его заметного осложнения. Психоорганические изменения проявляются снижением уровня развития личности. Обычно вы можете идентифицировать растения.

Хронический вербальный галлюциноз с психическими автоматизмами и парафреническими галлюцинациями - самая редкая форма хронического галлюциноза. Как и в других вариантах, истинные вербальные галлюцинации остаются "сквозным" расстройством. Со временем, в периоды обострений, которые происходят спонтанно или связаны с пьянством, появляются сначала эпизодические, а затем довольно стойкие симптомы психического автоматизма. Чаще всего это идеаторный автоматизм в виде слуховых псевдогаллюцинаций, симптом открытости, предвосхищения мыслей или ментизма. Возможны также индивидуальные идеи влияния. Иногда в последующем происходит значительное изменение содержания слуховых галлюцинаций и псевдогаллюцинаций с появлением мегаломанических тем и в соответствии с этим мегаломанических галлюцинаторных бредовых идей. В таких случаях пациент говорит о своем новом социальном или материальном положении не в настоящем, а в будущем (он получит "высокую должность", "квартиру", "пенсию", станет "генералом", "министром" и т. д.). Часто эти утверждения напоминают детские фантазии. Осложнение клинической картины психоза у таких больных обычно сочетается с медленно нарастающим органическим снижением. В то же время даже на отдаленных стадиях заболевания у больных сохраняется определенная осведомленность о болезни, доступность, обращение к врачу в сочетании с живой моторикой, склонностью к шуткам. Окончательная нозологическая интерпретация таких случаев остается несколько спорной.

Психопатологические расстройства, возникающие при метаалкогольных психозах, которые также характерны для шизофрении (онейроид,

психический автоматизм, парафренические изменения при делирии, при хроническом галлюцинозе), имеют ряд сходных черт. Во всех случаях их проявления носят фрагментарный характер, ограничиваются отдельными компонентами соответствующего синдрома, они не склонны к последовательному усложнению, оставаясь незавершенными на протяжении всего психоза. При острых формах метаалкогольного психоза онейроид и психический автоматизм всегда преходящи. Кроме того, эти расстройства никогда не становятся начальными проявлениями психоза. Они возникают либо на пике своего развития (острые формы), либо на последующих стадиях (хронический галлюциноз) и всегда сосуществуют с расширенными симптомами алкогольного психоза, а при его уменьшении исчезают первыми.

### **Галлюцинозы позднего возраста**

Это относительно редкие психические расстройства. Они проявляются в различные периоды позднего возраста (чаще в пожилом возрасте) и проявляются галлюцинозами — зрительными, вербальными, тактильными, обонятельными или смешанными. Эта группа психозов неоднородна как в психопатологическом, так и в нозологическом плане (хотя этот вопрос еще недостаточно прояснен). Наряду с "чистым" (изолированным) галлюцинозом, представляющим собой разновидность "частичного помешательства" (по терминологии старых авторов), в эту группу психозов входят некоторые переходные формы между этими психозами и так называемым бредовым галлюцинозом.

Нозологическая принадлежность большинства психозов, связанных с поздними возрастными галлюцинозами, неясна, что обосновывает их отнесение к особой группе психических расстройств старческого возраста на основании чисто синдромального признака. Их отнесение как к экзогенно-

органическим нарушениям, так и к заболеваниям, вызванным эндогенными факторами, достаточно обосновано.

### **Вербальные галлюцинозы**

Вербальный галлюциноз наиболее распространен среди галлюцинозов преклонного возраста. Они наблюдаются при различных психических заболеваниях позднего возраста и особенно часто встречаются при сосудистых психозах и шизофрении. Ниже мы рассмотрим особый вербальный галлюциноз старости — так называемый галлюциноз типа Шарля Бонне или галлюцинаторные расстройства у глухих и слабослышащих. Несмотря на редкость и малую практическую значимость этих форм, они представляют значительный теоретический интерес.

Галлюцинации и галлюцинозы типа Шарля Бонне описываются со второй половины прошлого века, но чаще в виде зрительного галлюциноза у слепых, чем в виде вербального галлюциноза.

По имени швейцарского натуралиста начала прошлого века Шарля Бонне, который описал зрительные галлюцинации своего слепого деда без других признаков психического заболевания. К основным клиническим признакам относят развитие галлюцинаторных расстройств впервые в позднем возрасте; отсутствие других проявлений психического заболевания; сочетание галлюциноза с тяжелым заболеванием органов зрения или слуха. Заболевание обычно проявляется в пожилом возрасте, но несколько раньше (в среднем в 68,4 года), по сравнению с тем же зрительным галлюцинозом. Курс лечения продлен (в некоторых случаях более чем на 15 лет). В то же время периоды нарастания галлюцинаторных расстройств ("приток голосов") часто чередуются с периодами относительного затухания.

Галлюциноз чаще бывает поливокальным. Часто голоса как бы вырастают из шумов ушей (потрескивание, гудение, свист и т. д.) и на начальной стадии заболевания могут иметь сходство с этими шумами (например, больные

слышат голоса, похожие на шипение в ушах). Галлюцинации всегда истинны, характеризуются сенсорной яркостью и проекцией в окружающее пространство. Вечером и ночью они обычно увеличиваются. Содержание голосов, обращенных, как правило, к больным, обычно неприятно (ругань, угрозы и т. д.); иногда раздаются императивные голоса. В период нарастания галлюцинаций больные убеждаются в реальности голосов, критическое отношение к ним утрачивается. Однако даже в периоды обострения галлюцинаторных расстройств, когда голоса становятся полностью реальными, не происходит значительного развития бредовых конструкций. Бредовые галлюцинации сопровождаются тревожностью, несмотря на длительное, часто многолетнее течение, у больных не развивается органическая деменция, хотя нередко наблюдаются незначительные признаки общего психологического упадка.

### **Зрительные галлюцинозы**

Изолированные (чистые) зрительные галлюцинозы пожилого возраста по клиническим признакам и условиям возникновения в основном соответствуют галлюцинозам типа Шарля Бонне. Большинство случаев, приводимых в литературе, относятся к заболеваниям крайней старости, то есть к людям старше 70-80 лет.

Общие клинические признаки зрительного галлюциноза старческого возраста в основном сходны с таковыми при вербальной галлюцинозе пожилого возраста. Они имеют следующие основные особенности: в наиболее типичных случаях зрительный галлюциноз остается изолированным (частичным) психическим расстройством с ясным сознанием, без бредовых расстройств и поведенческих расстройств; обычно сохраняется критическое отношение к галлюцинаторным переживаниям, только в периоды притока галлюцинаций они становятся полностью реальными; по отношению к галлюцинаторным образам больные часто

остаются "зрителями", иногда даже заинтересованными, страх и тревога, связанные с психотическими переживаниями, возникают не всегда; к феноменологическим особенностям галлюциноза относятся множественность, подвижность и необычайная красочность (сценообразность) зрительных обманов, главным образом небольшие размеры галлюцинаторных образов (лилипутские галлюцинации). Галлюцинации всегда истинны и проецируются в окружающее пространство. В некоторых случаях галлюцинаторные расстройства развиваются в определенной последовательности: сначала появляются элементарные зрительные обманы, затем "картинка "(портрет) и" панорама", т. е. расположенные в одной плоскости галлюцинации, и только после них — трехмерные зрительные обманы, т. е. движущиеся и действующие в пространстве фигуры. На этом этапе можно присоединить отдельные обманы других органов чувств - тактильных (осязание) или обонятельных (запахи), реже элементарных звуковых; зрительный галлюциноз старческого возраста может быть длительным или волнообразным (чередование ослабления и усиления галлюцинаторных образов — "наплыв").

Клинические наблюдения указывают на гетерогенность зрительного галлюциноза. На одном полюсе этой группы психозов пожилого возраста находятся так называемые галлюцинации типа Шарля Бонне, то есть зрительные галлюцинации у слепых или у лиц с небольшими остатками зрения.

Помимо типичных случаев галлюциноза Шарля Бонне, в некоторых наблюдениях галлюцинаторные расстройства возникали на фоне отчетливых психоорганических изменений, в частности дисмнестических расстройств. По клиническим признакам эти психоорганические изменения можно отнести к психическим расстройствам, вызванным церебральным атеросклерозом. Зрительные галлюцинозы крайней старости, отличавшиеся от вышеперечисленных регрессиентностью и излечимостью, можно считать особым проявлением старческого церебрального атеросклероза.

## **Обонятельные галлюцинозы**

Обонятельные галлюцинации позднего возраста в строгом смысле слова (т. е. изолированные, "чистые" обонятельные галлюцинации), очевидно, чрезвычайно редки. Некоторые из описанных случаев являются по существу бредовыми галлюцинациями или "мелкими параноидами" со значительной долей обонятельных (и тактильных) галлюцинаций, т. е. в целом соответствуют функциональным психозам позднего возраста. Название "обонятельный галлюциноз" не совсем подходит для описанных случаев с чувствительными бредовыми установками и обонятельными галлюцинаторными расстройствами (запахи, исходящие от собственного тела) и ипохондрической фиксацией на них.

Единичные случаи, рассматриваемые как особые обонятельные галлюцинации позднего возраста, отличались отсутствием бреда преследования или ущерба, направленного против соседей и т. д. В этих случаях неприятные запахи, иногда сочетающиеся с неприятными тактильными и висцеральными ощущениями, возникали у больных только в определенной обстановке (например, в их комнате), но рассматривались ими как "случайные", как дефекты конструкции дома и т. д. Однако нельзя исключать возможности переходных форм между поздними параноидными психозами с обонятельными галлюцинациями и крайне редкими "чистыми" обонятельными галлюцинациями, нозологическая природа которых остается неясной.

## **Тактильные галлюцинозы**

Группа психических расстройств, объединенных общностью основных синдромальных проявлений - преобладанием тактильного галлюциноза в сочетании с Бредом навязчивости (инвазии) кожными паразитами,

называется тактильным галлюцинозом, или пресенильным дерматоидным делирием Экбома. Этот синдром, в отличие от других (зрительных, вербальных и обонятельных) галлюцинозов преклонного возраста, имеет совершенно иную структуру.

Существует мнение, что она возникает как самостоятельное психическое расстройство позднего возраста.

Сочетание тактильной галлюцинации с Бредом одержимости кожными паразитами описано в психиатрической и дерматологической литературе под различными названиями: "нейродермия с паразитофобией", "локальная (ограниченная) ипохондрия", "обсессивно-компульсивный галлюциноз", "пресенильный дерматозойный бред", хронический тактильный галлюциноз, бред одержимости паразитами. Столь же различны взгляды исследователей на психопатологическую оценку этого расстройства, его место в систематике психических заболеваний.

По мнению большинства исследователей, среди больных тактильными галлюцинозами преобладают лица позднего, особенно инволюционного (50-65 лет) возраста. Женщины болеют в 3-4 раза чаще, чем мужчины.

Синдром тактильного галлюциноза характеризуется определенным возрастным предпочтением, но он также встречается при различных органических (сосудистых, атрофических, опухолевых) и эндогенных заболеваниях. При некоторых органических заболеваниях не исключена мозговая основа патологических ощущений. В большинстве случаев патогенез синдрома остается неясным.

Структура синдрома зависит от заболевания, в рамках которого он развивается. В наиболее типичных и детальных случаях тактильной галлюцинации больные испытывают постоянные болезненные патологические ощущения на поверхности кожи, под ней и на слизистых оболочках в виде зуда, жжения, укусов, уколов, боли и др. По убеждению пациентов, эти ощущения вызываются многочисленными, обычно крайне мелкими паразитами ("микробами", клопами, червями и т. д.). Часто больные

ощущают движение, движение или скопление этих существ под кожей. Как правило, пациенты твердо убеждены, что причиной всех болезненных ощущений являются паразиты. В большинстве случаев бред сводится к убеждению, что на организм воздействуют эти маленькие существа. Как правило, больные проявляют большую и неутомимую бредовую активность, постоянно обращаются к врачам, в частности к дерматологам. Не получая, по их мнению, помощи и понимания, они сами активно борются с паразитами (лечат мазями, натираниями, внутренними средствами и т. д.), бесконечно стирать, менять, стирать, дезинфицировать нижнее белье и т. д. Тактильные галлюцинации обычно сопровождаются зрительными иллюзиями - больные собирают грязь, отслаивают слои кожи, нитки и т. д., и показать их другим как обнаруженных паразитов. Часто возникают ипохондрические расстройства, в частности, возникают страхи, а затем и убеждение, что паразиты наносят большой вред здоровью. Иногда ипохондрические идеи доходят до уровня нигилистического бреда, в таких случаях больные говорят о проникновении паразитов в мозг, внутренние органы и т. д. Настроение становится подавленным и тревожным. Кожные ощущения имеют предпочтительную локализацию (лицо, руки, гениталии, задний проход и т. д.) Во многих случаях, особенно при шизофренических психозах, патологические ощущения более разнообразны. Специфические, объективные ощущения, характерные для тактильных галлюцинаций, сочетаются с сенестопатиями и парестезиями. Мания преследования присоединяется к мании одержимости кожными паразитами лишь в редких случаях (главным образом при шизофрении).

Варианты синдрома соответствуют заболеванию, в рамках которого он развивается. Например, при органических заболеваниях она более проста и однообразна, ограничивается тактильными галлюцинациями и бредовой верой в существование кожных паразитов. При органических процессах старческого возраста возможны варианты синдрома, при которых больные выражают бред поражения кожи неодушевленными предметами (песком,

осколками стекла и др.). Тактильный галлюциноз органического происхождения чаще регрессирует или рецидивирует.

Синдром тактильного галлюциноза, возникающий в структуре эндогенных депрессий, характеризуется подавленным настроением, выраженным чувством болезни и ипохондрическими страхами. Когда вы выходите из депрессии, все расстройства полностью исчезают. При шизофренических психозах (обычно низкопробных) патологические ощущения наиболее разнообразны. Тактильные галлюцинации часто сопровождаются сенестопатиями, ипохондрическими и нигилистическими бредовыми идеями, а иногда и индивидуальной манией преследования. Эти шизофренические психозы могут быть очень длительными.

### **Заключение**

Осложнение хронического алкоголизма галлюцинозами, особенно повторными, значительно утяжеляет его: запои становятся более частыми и продолжительными, а интервалы между ними сокращаются; больные часто употребляют суррогаты; усиливается личностная деградация, которая нередко сопровождается выраженными мнестико-интеллектуальными расстройствами. Увеличивается частота и тяжесть соматических осложнений алкоголизма. Происходит профессиональный спад. Участились случаи антиобщественного поведения, в том числе связанные с уголовной ответственностью.

Прогноз развития галлюцинозов позднего возраста вследствие их длительного течения в большинстве случаев неблагоприятен. Реже галлюциноз бывает волнообразным, с периодами затухания и обострения болезненных явлений. Случаи практического выздоровления крайне редки. Прогноз зависит не только от психического, но и от неврологического и соматического состояния больных.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

[1] Немкова Т. И., Гофман А. Г. Изменение клинической картины алкогольного галлюциноза за последние 50 лет // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. №2.

[2] Аликулов Б. А., Тешабаева Г. Д. Клинические особенности алкогольных галлюцинозов // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2016. №2.

[3] Полищук Ю. И. Диагностика и возможности классификации психических расстройств, возникающих в позднем возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. №3.

[4] Холтаева Ф. Ф., Алимova Г. У. Психические расстройства у лиц пожилого и старческого возраста // Архивъ внутренней медицины. 2016. №1.

[5] Альтшулер В.Б. Алкоголизм. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. М., Медицина, 1999. Т. 2.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

### РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО  
Рецензия зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А.  
на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психиатрия  
Карпова В.Б.

Тема реферата Клинические варианты шизофрении

#### Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	5, из них 4 до 5 лет
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (по пятибалльной шкале)	отлично

Дата "29" 06 2020 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Карпов В.Б.